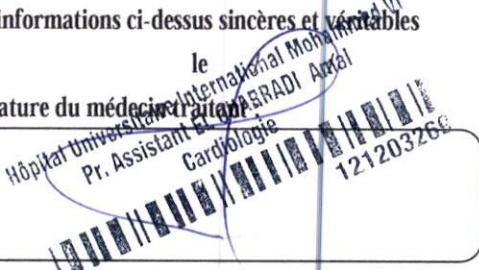




DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom : JENJANE KHALID	
Matricule : 8977	N° CIN : BJ109457
Adresse : Rôle urbain N°14000 Zone village 388	
Bénéficiaire de soins : <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité :
N° ICE :	N° INPE : 121203269
Certifie que Mlle, Mme, M. : JENJANE KHALID	
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
Seu 8-77 ne pas autorisé	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit :	Voir ordonnance
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	le
Cachet et signature du médecin traitant	
 Hôpital Universitaire International Mohammed VI Pr. Assistant EL QUARRADI Amaur Cardiologie 121203269	

*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées



220414170602T.

27 avril 2022

JENJARE KHALID

- 1 - Coplavix 75/100 mg : 1 cp par jour
2- STANORME 20 mg : 1 cp/jr le soir
3- Cardensiel 2.5 mg : 1/2 cp par jour
4- Lamprol 30mg 1cp /jour le matin 15 min avant le petit déjeuner
 5- Triatec 5mg 1/2 cp/jour)
Traitement de 3 mois

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. ASSISTANT ELOUABAADI AMAL
CARDIOLOGISTE



Adresse : Route P3011 Bouskoura, Casablanca, Maroc INPE : 090063728 LF : 40127291 CNSS : 9779309
Tel.: +212529091111/+212529092222 Fax: +212529060977/+212529060979 www.hm6.ma

I. N° du certificat (Certificate number)

II. Nom et prénom du titulaire (Last and first name of holder)

JENJARE KHALID

III. Date et lieu de naissance (Date and place of birth)

18/11/1969 CASABLANCA

IV. Adresse du titulaire (Address)

POLE URBAIN NOUACEUR ZONE VILLAS N°388

V. Nationalité (Nationality)

MAROCAINE

VI. Signature du titulaire (Signature of holder)



VII. Date de délivrance (Date of issue)

16/05/2022

VIII. Restrictions, Limitations ou Dérogations

Restrictions, Limitations or Exemptions

INAPTE 05 MOIS

IX. Signature et cachet du médecin examinateur agréé
ou du médecin chef du centre d'expertise
(Signature and stamp of issuing AME or AMC)

Pr. Mohamed BOUSSIF

AME N° 02/06/DGAC-Maroc

AeMC N° CN-AMC-02

Centre International des Aptitudes Médicales
Casablanca

X. Validité (Validity)

Classe (Class)

Date d'expiration (Expiry date)

Classe 1 (Class 1)

Classe 2 (Class 2)

Classe 3 (Class 3)

Classe 4 (Class 4)

Date d'examen (Examination date)

16/05/2022

Date du prochain
Electrocardiogramme
(Next ECG date)

Date du prochain audiogramme
(Next audiogram date)

Date du prochain examen ORL
(Next ENT examination date)

Date du prochain examen
ophtalmologique
(Next Ophtalmology ex. date)

Bouskoura, le 17/05/2022

CERTIFICAT MEDICAL DE MALADIE CHRONIQUE

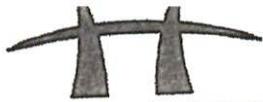
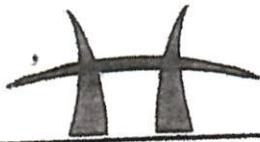
Je soussigne, PR EL OUARRADI AMAL certifie que, Mr **JENJARE KHALID** est suivi et traité pour une pathologie chronique nécessitant un traitement au long cours.

Ce certificat est délivré pour servir et valoir ce que de droit.

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Pr. Assistant EL OUARRADI Amal
Cardiologie
12120326

Signature et cachet

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Pr. Assistant EL OUARRADI Amal
Cardiologie
12120326



PLI CONFIDENTIEL

Nom et prénom de l'assuré (e) :	Nom et prénom du médecin traitant :
.....
lumi	INPE et code à barres :
	
2200202382 / 220414170602T.
Prénom : KHALID	PAYANT
Nom : JENJARE	Sexe: M
DDN : 18/11/1969 E: 14/04/2022
Service :USIC (NA)
Date de naissance du bénéficiaire :

Date de la consultation : 11/04/2008

Diagnostic et motif des soins

sons
Sob. St. (D) en la tercera

Antécédents et facteurs de risque :

Issue : ~~HTA~~ Stress & Stressor

Examen clinique à l'admission :

Examen clinique à l'admission : ~~Le patient présente une affection de la~~

Résumé des bilans para cliniques :

Résultats des bilans para cliniques :
Sais des résultats de l'audit hui

ibellé et nature des soins :

libellé et nature des soins : ~~Hospitalisation, soins intensifs, Passage de nuit~~

Durée prévisible des soins	Date de début	Date de fin
3 mois	14/04/2019 -	21/06/2019

Fait à : Carrefour le 14/07/2018

Signature et cachet du médecin traitant

